

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N°160

QUELQUES RÉFLEXIONS
A PROPOS D'UN CAS
DE
CLINODACTYLIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Mai 1920

PAR

CUZOL (Ernest-Michel-Gaston)

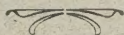
Né à Marcenat (Cantal), le 20 août 1895

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

ESTOR, Professeur. *Président.*
FORGUE, Professeur.
RICHE, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

QUELQUES RÉFLEXIONS

A PROPOS D'UN CAS

DE

CLINODACTYLIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N°160

QUELQUES RÉFLEXIONS
A PROPOS D'UN CAS
DE
CLINODACTYLIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Mai 1920

PAR

CUZOL (Ernest-Michel-Gaston)

Né à Marcenat (Cantal), le 20 août 1895

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, Professeur, *Président*.
FORGUE, Professeur.
RICHE, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé. }

Assesseurs.



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
FORGUE (O. *).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (♣).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (♣).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ♣), a. l. e. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♣, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (c. d. c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ♣) (D ^r) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (* ♣) ch. d'ag.
GAUSSEL (* ♣).	J. DELMAS (♣).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, profes., présid^t; FORGUE, prof.; RICHE, agrégé;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

AUX MIENS

A MES AMIS

G. CUZOL.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

AU DOCTEUR MADON
CHEF DE CLINIQUE A LA MATERNITÉ

*Il sut être à la fois notre maître
et notre ami. Qu'il soit assuré de
notre reconnaissance et de notre
vive sympathie.*

G. CUZOL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE

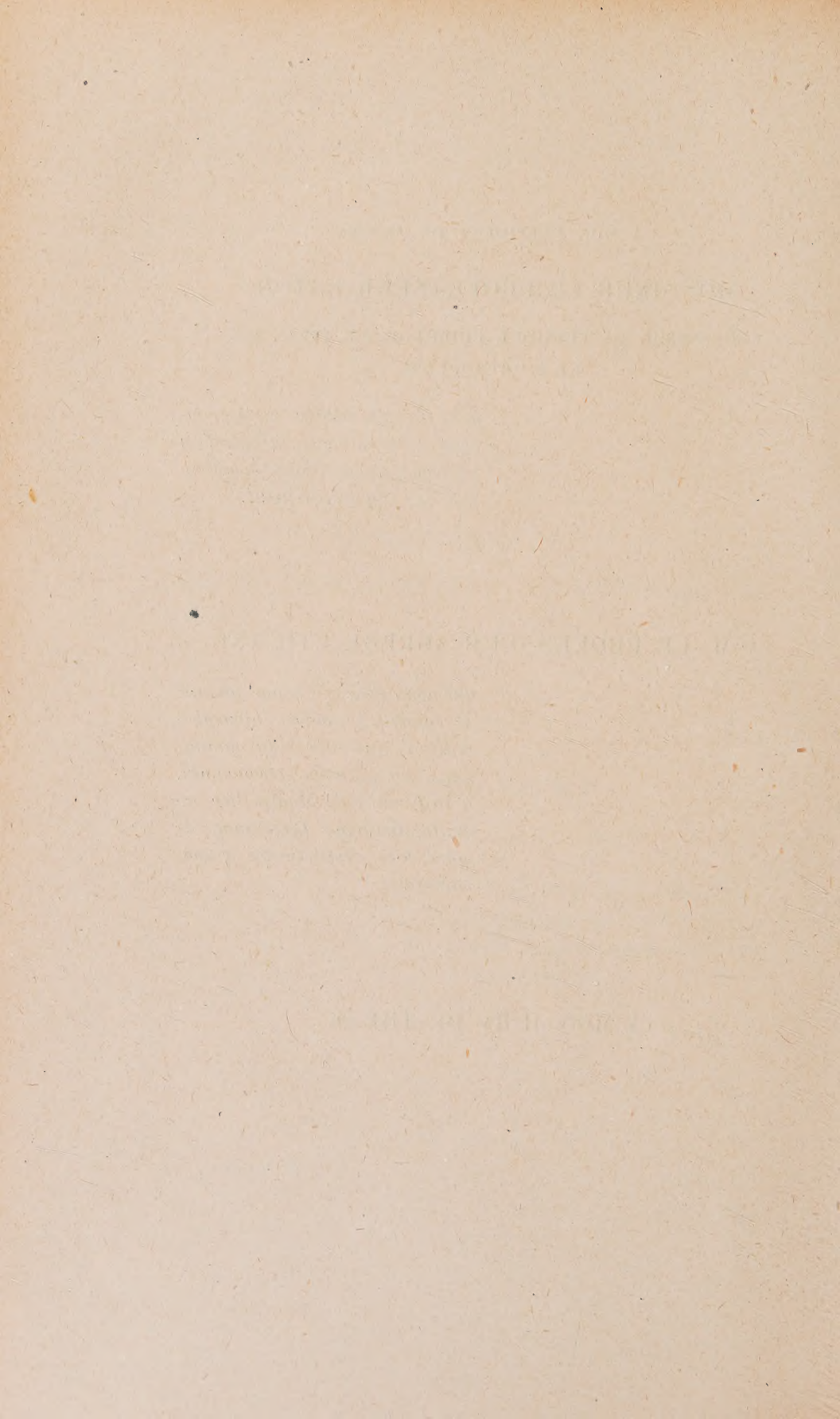
dont la bienveillance et les conseils éclairés nous furent d'un précieux secours dans la confection de ce modeste travail.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉTIENNE

que nous eûmes la bonne fortune de connaître comme chirurgien militaire au cours de la campagne — en qui nous retrouvâmes, à la Faculté de Montpellier, un maître distingué. Témoinage de notre très respectueuse reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

G. CUZOL.



QUELQUES RÉFLEXIONS

A PROPOS D'UN CAS

DE

CLINODACTYLIE

INTRODUCTION

Une observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Etienne a attiré notre attention sur un cas de malformation des doigts, malformation assez rare, croyons-nous, pour qu'elle vaille la peine d'être signalée et étudiée.

Il s'agit d'une clinodactylie bilatérale congénitale. Définissons le terme : on entend par clinodactylie la déviation d'un ou plusieurs doigts, d'un ou plusieurs orteils, d'une ou plusieurs phalanges dans le sens latéral. Deux caractères que nous mentionnons ci-dessus permettent, dans la majorité des cas, de différencier les clinodactylies vraies, essentielles, de toutes les clinodactylies pathologiques consécutives soit à des traumatismes, soit à des affections locales ou générales ; ces caractères, nous le rappelons, sont : la congénitalité, la bilatéralité.

Quelques mots encore au sujet d'une question de terminologie qu'il importe de fixer nettement : des doigts, des orteils, des phalanges déviés *dans un même sens* sont qualifiés par les uns de « varus », par les autres de « valgus ». Certains auteurs (Dubreuil-Chambardel, Pauly, de Lyon) étiquettent varus tout doigt dévié vers le bord radial ; valgus tout doigt incliné vers le bord cubital ; ils considèrent donc la main dans la même position qu'occupe le pied, c'est-à-dire : main en pronation. Tout cela nous paraît bien inutile. Les doigts sont déviés soit vers le bord radial, soit vers le bord cubital ; cette constatation est claire et explicite. Nous nous abstiendrons d'employer les termes de valgus et de varus.

Ceci dit, et avant que d'aborder l'étude de notre observation, qu'il nous soit permis de parer à un reproche qui, très justement, pourrait nous être adressé : des reproductions de photographies, de radiographies — voire même quelques croquis — éclaireraient un tel exposé bien mieux que ne peuvent le faire de longues descriptions. Nous n'en doutons pas. S'il n'en est pas ainsi, c'est que les difficultés de l'heure présente nous en ont empêché. C'est que, surtout, M. le professeur agrégé Etienne et M. le docteur Ollié doivent publier prochainement tous les documents radiographiques et photographiques se rapportant à cette observation.

Nous ne saurions, du reste, terminer ce chapitre d'introduction sans les remercier l'un et l'autre : M. le professeur agrégé Etienne pour la bienveillance avec laquelle il nous a guidé en ces quelques pages, M. le docteur Ollié pour tous les renseignements qu'il nous a si obligeamment fournis.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Etienne et de
M. le docteur Ollié)

M^{lle} X..., 18 ans, vient nous trouver pour attitude vicieuse des doigts, constatée dès sa naissance.

Antécédents héréditaires. — Très chargés. Père maquignon. Ethylique. Mort à 41 ans de laryngite (?). La maladie aurait duré 3 ans.

Mère âgée de 56 ans ; bonne santé apparente.

Un frère, 32 ans, marié depuis 10 ans. Sans enfants. Sa femme a fait un accouchement prématuré (à 5 mois) en 1916.

Un frère mort à la guerre.

Trois frères et sœurs morts en bas âge : une sœur brûlée vive à 3 ans, les deux autres morts de maladies dont le diagnostic n'a pu être fait.

Tous nés à terme, y compris la malade.

Antécédents personnels. — Nourrie par la mère. Rougeole dans son jeune âge. Une typhoïde grave à 15 ans.

L'étude des différents appareils et organes permet seulement de noter :

1° Une mauvaise dentition :

2° Des épistaxis fréquentes précédées de céphalée ;

3° Quant aux yeux : O. D. iris grisaille, pupille dilatée.
O. G. pupille plus contractée. Léger strabisme divergent.

Examen des déformations :

I. MAIN DROITE :

Pouce : en demi-flexion et adduction.

Quatre derniers doigts :

5° en demi-flexion ;

4° en demi-flexion pour la I^{re} phalange ; flexion pour la II^e phalange ; extension pour la III^e phalange ;

3° en demi-flexion pour toutes les phalanges, toutes trois inclinées sur le bord cubital ;

2° doigt : I^{re} et II^e phalanges en extension ; III^e phalange en demi-flexion.

Si le poignet est relevé et mis en extension, la flexion des doigts s'exagère.

Mouvements des doigts : Flexion complète possible. Extension incomplète même quand le poignet est fléchi.

Les trois derniers doigts, quels que soient les mouvements ordonnés, restent inclinés sur le bord cubital.

II. MAIN GAUCHE :

Pouce : en flexion forcée et adduction dans la paume de la main. Atrophié.

Les quatre derniers doigts sont en extension complète, le 2° et le 3° forment un V. Tous sont inclinés sur le bord cubital. La flexion complète des quatre derniers est possible.

MOUVEMENTS PASSIFS :

Subluxation en extension des articulations métacarpo-phalangiennes avec exagération de flexion des autres articulations. A gauche il en est de même qu'à droite.

EXAMEN DES POIGNETS :

Poignet gauche : pas de déformation apparente.

Mouvements passifs : plus étendus que normalement.

Mouvements actifs : extension dans la rectitude et flexion normale.

Poignet droit : flexion complète ; extension un peu plus marquée. Le carpe est subluxé en avant sur l'avant-bras.

MENSURATIONS :

Bras (longueur) :

Acromion, pointe de l'épicondyle : 28 cm.

Acromion, pointe de la styloïde radiale : 48 cm. 1/2 à gauche, 49 à droite.

Acromion, extrémité des doigts : 65 cm. à gauche ; 65 cm. 1/2 à droite.

Bras (circonférence) : A 10 cm. au-dessus de l'épitrachée : 24 cm. pour les deux.

Avant-bras (circonférence) :

Avant-bras gauche :

A 10 cm. au-dessus de la styloïde radiale : 17 cm.

A 15 cm. au-dessus de la styloïde radiale : 21 cm.

Avant-bras droit :

A 10 cm. au-dessus de la styloïde radiale : 17 cm.

A 15 cm. au-dessus de la styloïde radiale : 21 cm.

Sensibilité :

Normale.

Réflexes radiaux : A peine ébauchés.

Examen radiographique.

MAIN DROITE :

Vue palmaire :

Ankylose des articulations métacarpo-phalangiennes.

Ankylose de la première articulation phalango-phalangienne ; la deuxième phalange forme avec la première un angle un peu supérieur à 90 degrés.

Diminution notable des premiers interlignes articulaires des quatre autres doigts.

Hypertrophie et déformation *des têtes distales* des deuxième et troisième métacarpiens avec diminution notable de l'interligne articulaire métacarpo-phalangien de l'index.

Les interlignes articulaires carpo-métacarpiens sont légèrement diminués.

Le grand os et l'os crochu paraissent englobés en une seule masse osseuse de forme ovoïde qui chevauche le scaphoïde par son pôle proximal.

Les interlignes articulaires séparant le scaphoïde du semi-lunaire et le semi-lunaire du pyramidal ne sont pas visibles ; ces trois os chevauchent aussi.

L'interligne articulaire radio-carpien est rétréci.

MAIN GAUCHE :

Décalcification légère des os du carpe.

Diminution notable de l'interligne radio-carpien.

Luxation incomplète de la première phalange du pouce sur la tête du premier métacarpien.

ÉTUDE CLINIQUE ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous a paru difficile de séparer l'étude clinique de l'étude anatomo-pathologique, lesquelles se complètent mutuellement. Aussi nous proposons-nous d'envisager la question à ce double point de vue, dans un seul et même chapitre.

Le cas de clinodactylie que nous rapportons cadre, presque entièrement, quant à sa symptomatologie, quant à sa pathologie, avec les descriptions que nous avons pu retrouver à ce sujet dans la littérature médicale. Les 13 observations de Héron, celle de Pauly, celle de E. Gasne signalent des déformations analogues, plus ou moins accentuées suivant les sujets, en tous cas très comparables entre elles par ce fait qu'elles sont bi-latérales. Ce caractère nous le retrouvons dans notre cas ; mais il y a plus : l'intensité de la déformation est remarquable. A un degré supérieur, nous aurions la déviation de la totalité des doigts vers le bord cubital, la déviation « en coup de vent » de Brissaud, exceptionnelle d'ailleurs. En général, la déformation n'atteint qu'un certain nombre de phalanges et, sui-

vant le doigt examiné, semble frapper une phalange de préférence à toute autre. Ainsi, pour l'index, ce seront les deux dernières phalanges qui seront déviées; de même, pour l'auriculaire : 12 fois sur 15 dans le premier cas, 9 fois sur 15 dans le deuxième, d'après les statistiques de Dubreuil-Chambardel. Pour le pouce, la déviation porterait seulement sur la phalangette.

Le cliché radiographique semblé, dans notre cas, confirmer ces assertions. Du côté du pouce, cependant, nous n'avons rien trouvé de spécial quant à la phalangette, mais seulement, à gauche, une luxation incomplète de la première phalange sur la tête de son métacarpien.

Au demeurant, l'étude de ces lésions anatomiques est assez difficile et reste imprécise; notre seul moyen d'investigation est l'examen radioscopique. Nul, en effet, à notre connaissance, n'a encore disséqué la main de sujets jeunes atteints de clinodactylie. Nous disons : de sujets jeunes, car il est bien certain que tout l'intérêt de cette étude réside en la découverte de lésions anatomiques purement congénitales, lésions capables de faire entrevoir la genèse de la malformation. Nous voulons dire, partageant sur ce point l'opinion de notre maître M. le professeur agrégé Etienne, qu'il ne faudrait pas prendre l'effet pour la cause et voir en la viciation osseuse ou articulaire, résultant d'une longue incapacité fonctionnelle, la lésion initiale.

Quoi qu'il en soit, lésions osseuses et articulaires sont les plus facilement appréciables aux rayons.

Outre les lésions d'ankylose que présente notre malade, nous relevons de l'hypertrophie avec déformation des têtes distales des 2^e et 3^e métacarpiens. Telle est bien, en effet, pour la majorité des auteurs, la lésion essentielle: déformation portant sur les extrémités distales, soit de la

phalange, soit du métacarpien. Plus souvent cependant, il y aurait non pas hypertrophie, mais atrophie du condyle du côté vers lequel se fait la déviation ; de sorte, que les plateaux des deux condyles, externe et interne, ne sont plus sur un même plan perpendiculaire à l'axe de la phalange. Et ainsi est réalisée une subluxation plus ou moins nette, se traduisant à l'examen clinique par une augmentation de volume de l'articulation.

En revanche, les déformations de la diaphyse phalangienne sont très rarement marquées. Nous ne notons, à cet égard, absolument rien chez notre malade. Toutefois cela peut arriver : témoin le cas, rapporté par M. le professeur Estor, cas dans lequel la direction vicieuse du doigt était due à la conformation de la première phalange, « tordue sur elle-même, de sorte que son bord externe se trouvait être convexe ».

Du côté des parties molles, on notera seulement — et chez des sujets déjà assez âgés — de l'atrophie musculaire due au manque d'exercice. C'est ce que nous observons pour le pouce de notre malade, lequel, en flexion forcée, encombrant toute la paume de la main, est particulièrement inactif. Plus tard, après des années d'attitude vicieuse, nous verrons apparaître des rétractions ligamenteuses et musculaires dont l'importance, nous le montrerons tout à l'heure, sera grande au point de vue traitement.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

D'une façon générale, on peut dire que les symptômes fonctionnels dans la clinodactylie sont limités à de la gêne dans l'exécution des mouvements des doigts, gêne qui varie, évidemment, avec le degré de déformation. Bien que l'atrophie musculaire ne soit pas rare, il faut reconnaître que les lésions des parties molles sont, quand elles existent, tout à fait secondaires. Dans la grande majorité des cas il n'y a pas de douleurs ; la sensibilité est normale. Toutefois nous avons relevé dans l'examen électrique de notre malade des troubles de la motricité s'étendant sur tout le territoire du radial ; les réflexes radiaux sont à peine ébauchés. C'est là, croyons-nous, un fait intéressant et qui mériterait d'être étudié plus à fond. Malheureusement nous n'avons pu nous procurer les résultats complets de cet examen électrique. M. le docteur Ollié, qui se propose de faire un deuxième examen, fera connaître ultérieurement tous les renseignements qu'il aura ainsi obtenus.

Signalons enfin que, d'après Dubreuil-Chambardel, des bourses séreuses se développant anormalement au voisinage des articulations, il y aurait de ce fait possibilité d'hygroma. Cette éventualité a été vérifiée cliniquement.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

L'étiologie et la pathogénie de la clinodactylie, intimement liées, sont parfaitement obscures. Aussi les théories ne manquent pas ; nous allons rappeler les principales.

Et d'abord, quelle que soit l'opinion admise, il semble qu'un double caractère domine l'étiologie des clinodactylies : ces déviations latérales des doigts seraient héréditaires et familiales. Ainsi pensent la majorité des auteurs qui se sont occupés des déformations des doigts en général : Mirabel, Boix, Derscheid-Delcourt, Joachimsthal, William-Curtio Farabee. Boïeldieu cite, à ce propos, le cas curieux d'un homme qui, dans un petit village, transmettait à ses nombreux enfants illégitimes la malformation digitale dont il était porteur. Ainsi étaient gravement compromises les mères de ces enfants. Héron, dans sa thèse inaugurale, publie 13 observations de clinodactylie : dans 8 d'entre elles, nous retrouvons, de façon très nette, ce caractère héréditaire et familial.

Nous n'avons pu faire la même constatation dans les antécédents héréditaires de Mlle X..., mais il s'agit là d'un cas isolé ; nous ne pensons en tirer aucune conclusion.

Au point de vue pathogénique, avons-nous dit, de nombreuses explications ont été proposées.

Voyons les principales :

1° *Théorie neuro-arthritique* (Landouzy et son élève Herbert).— La déformation serait la signature du terrain arthritique. Il se produirait une sclérose fibreuse des ligaments articulaires : processus insidieux, torpide, indolore, précoce.

2° *Théorie tuberculeuse* (Ecole lyonnaise : Horand, Poncet, repris par Milian, Crépin : thèses de Paris) : « Fixation sur certains tendons et sur certains ligaments interphalangiens d'un processus de sclérose à marche progressive, réactionnel de la tuberculose ».

3° *Théorie infectieuse* (Boyer). — A côté de l'arthritisme et de la tuberculose, il faudrait faire une place aux auto-intoxications (insuffisance rénale, hépatique, troubles de la sécrétion thyroïdienne).

4° *Théorie de Boix*. — Existence d'un centre cortical, correspondant aux mouvements d'extension, centre qui se serait développé tardivement. D'où prédominance des mouvements de préhension et insuffisance consécutive de l'aponévrose palmaire.

5° Pour Kirmisson, la déviation latérale des doigts, celle du pouce en particulier, pourrait avoir pour cause la présence de brides amniotiques *in utero*. « Au fur et à mesure de leur développement, les doigts, maintenus dans une direction constante, tirillés par les attaches ligamenteuses représentées par ces brides amniotiques, ne pourraient atteindre leur complet développement qu'en se courbant et en créant, chez le fœtus, une disposition anormale. »

Nous ne reprendrons pas la discussion point par point de ces diverses théories ; cela a déjà été fait bien des

fois, particulièrement dans les thèses de Héron sur les clinodactylies, de Crépin, Pouvreau sur la camptodactylie. Retenons seulement que aucune des explications proposées ne satisfait pleinement l'esprit : les premières, théorie de Landouzy, théorie tuberculeuse ne nous disent rien des lésions osseuses, mais semblent, au contraire, donner la première place aux lésions des parties molles.

Quant aux théories de Boyer et de Boix, elles ne reposent sur aucune constatation anatomique précise et entrent, de ce fait, dans le domaine de la pure hypothèse.

Reste l'opinion de Kirmisson, particulièrement séduisante à première vue. Mais comment expliquer la bilatéralité presque constante de la malformation ? Comment, d'autre part, pourrait-il se faire que des brides amniotiques capables de produire de graves lésions osseuses respectent les parties molles ? Et, de fait, les déviations latérales des doigts, définitivement fixées à l'âge adulte, sont au contraire facilement réductibles à la naissance — preuve de l'intégrité des ligaments.

Une dernière théorie, celle de M^{me} Derscheid-Delcourt, invoque des troubles d'ossification qui surviendraient pendant la vie intra-utérine. Cette hypothèse nous paraît plus rationnelle ; elle a, en tous cas, le mérite de correspondre aux lésions anatomiques constatées aux rayons ; lésions que nous avons décrites dans le chapitre d'anatomie pathologique et qui, quant aux phalanges du moins, correspondent précisément aux points d'ossification complémentaires. Mais, ici encore, le problème reste en suspens. La question est seulement déplacée : quelle est la cause déterminante, le *primum movens*, de ces troubles d'ossification ?

Peut-être conviendrait-il, dans la recherche de cette

cause première, d'invoquer des lésions nerveuses apparues au cours du développement du fœtus — sorte de dégénérescence se traduisant non seulement par la malformation osseuse mais, cliniquement, après la naissance, par des troubles de la motricité tels que ceux que nous rencontrons dans le territoire du radial, chez notre malade.

TRAITEMENT

Il importe, dans le choix des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, de tenir compte de deux facteurs :

1° L'âge du sujet, autrement dit : l'ancienneté des lésions.

2° Le degré de la déformation et surtout l'intensité de la gêne fonctionnelle.

Il est bien évident, en effet, qu'une déviation même très marquée d'un seul doigt n'entraînera pas une incapacité comparable à celle qui sera produite par une clinodactylie légère, mais totale, bilatérale. De même, les lésions pourront être au maximum pour l'un des derniers doigts : le pouce restant opposable, la main aura conservé à peu près toute sa valeur fonctionnelle.

Quant à l'importance de l'âge du malade, nous n'en dirons qu'un mot : tel cas qui aurait été facilement curable si un traitement orthopédique avait été institué dès les premiers jours après la naissance, est devenu rapidement justiciable de l'intervention sanglante — des adhérences, de la rétraction tendineuse, de l'atrophie musculaire et surtout de l'ankylose s'étant peu à peu constituées. Seul le bistouri donnera un résultat.

Ainsi, nous pouvons schématiser la conduite à tenir de la façon suivante :

I. LE SUJET EST JEUNE (nouveau-né, première enfance).

a) *La malformation est légère, la gêne fonctionnelle peu marquée* : pas d'intervention. Du massage, de l'électricité, la mobilisation systématique des doigts ; au besoin, pour la correction d'un doigt particulièrement touché, une petite attelle destinée à le maintenir en bonne position.

Kirmisson rapporte le cas d'un enfant de 3 semaines atteint au niveau du pouce gauche « d'une malformation caractérisée par ce fait que le pouce reste fléchi d'une manière constante dans la paume de la main ». On ramène le doigt en position normale, on applique une petite attelle ; six mois plus tard l'attitude du pouce s'est considérablement améliorée. L'enfant commence à s'en servir aisément.

b) *La malformation est plus marquée, la gêne intense* : traitement orthopédique. Dans ce but, Dubreuil-Chambardel a préconisé la méthode suivante qui lui a permis de redresser deux déviations :

1° Mobiliser l'articulation en lui faisant exécuter des mouvements de latéralité : séances de 10 à 15 minutes tous les deux jours.

2° Lorsqu'on est parvenu (au bout d'un mois environ) à réduire la déviation, appliquer un léger appareil. « Nous employons tout simplement une vulgaire plaque d'étain avec laquelle nous enveloppons entièrement le doigt dévié et, si c'est utile, le doigt voisin. On recouvre ce petit appareil d'un doigt de gant qui en assure le maintien. La plaque d'étain a l'avantage de se modeler parfaitement sur le doigt et d'opposer une résistance suffisante pour le maintenir en bonne position. »

Il faut, pendant plusieurs mois, continuer à porter un léger appareil.

D'autres appareils plus compliqués ont été proposés : nous citerons celui de Mme Derscheid-Delcourt, qui aurait donné de bons résultats dans le redressement d'un auriculaire. L'auteur le décrit ainsi : « Un petit étui d'argent emboitant le doigt dans toute sa longueur. Cet étui est formé de 2 parties : l'une, fixe, en continuité avec une attelle longeant le bord cubital de la main et se prolongeant jusqu'au poignet ; l'autre, mobile, se meut sur la 1^{re}, dans le sens vertical, par de petites charnières. A son extrémité est fixé un fort ressort attaché par son autre bout à l'attelle fixe. Le tout est maintenu au moyen d'une manchette s'attachant au talon de la main et au poignet. Abandonné à lui-même, le ressort attire vers le dehors la portion libre de l'étui ; le doigt qui est maintenu subit ainsi un redressement forcé et constant. »

II. LE SUJET EST PLUS AGÉ (adolescence, âge adulte).

a) *Lésions légères, gêne peu marquée* : essai de redressement orthopédique. A ce moment on pourrait employer un appareil tel que celui qui fut imaginé par René Héron et décrit sous le nom de « redresseur orthopédique pour clinodactylie ». Cet appareil se compose de deux pièces :

1° Une gouttière métallique embrassant la partie non déviée du doigt ; dans le prolongement de cette gouttière se trouve une languette plane ayant pour longueur celle que le doigt redressé sera supposé atteindre, et à l'extrémité de laquelle se trouve sur le côté une petite platine percée d'un trou.

2° L'autre pièce présente la forme d'un dé à coudre plus ou moins long suivant qu'on a une ou deux pha-

langes à redresser. Sur le côté de cette sorte de dé, où viendra se loger la phalange déviée, s'attache une petite tige filetée qui vient passer par le trou de la platine. Un petit écrou vient se visser sur cette tige tarodée.

Supposons que nous désirions réduire la phalangette déviée vers le bord radial d'un annulaire : nous plaçons phalange et phalangine dans la gouttière. Nous coiffons la phalangette du petit étui qui lui est destiné, et, après avoir fait passer la tige filetée dans le trou de la platine, nous lui adaptons l'écrou que l'on serre peu à peu. Le malade lui-même règle la pression que doit subir la phalange déviée. Il met en place et ôte à son gré l'appareil. On conçoit qu'il est possible par ce moyen de réduire des déviations très ténaces.

b) *Lésions graves ; impotence fonctionnelle* : intervention sanglante, dont la modalité variera avec chaque cas, depuis le raccourcissement ou la transplantation tendineuse jusqu'à l'ostéotomie d'une phalange et même, si l'ankylose est complète, jusqu'à l'amputation. Car, comme l'a dit Velpeau : un doigt ankylosé n'est pas seulement un organe inutile mais encore une cause continuelle de gêne, de douleurs, d'accidents ; s'il n'y a pas d'autres remèdes, l'amputation est permise. On pourra pratiquer, dans cette éventualité, l'opération de Dujardin-Beaumetz, c'est-à-dire que l'on amputera, avec le doigt, la tête du métacarpien correspondant.

Ceci posé, que convient-il de faire dans le cas qui nous occupe ? Le résultat à obtenir est : rendre les

pouces utilisables. Dans ce but, M. le professeur agrégé Etienne a institué un traitement en deux temps :

1^{er} temps, non sanglant, portant sur le squelette et les articulations : mobilisation progressive et raisonnée des doigts, mécanothérapie.

2^e temps, sanglant : corrections tendineuses, soit par raccourcissement du tendon de l'extenseur du pouce, soit par transplantation, soit enfin, si besoin est, ~~par~~ modification du squelette, ~~c'est à dire~~ par ostéotomie.

Malheureusement la première partie de ce traitement a seule été mise en œuvre jusqu'ici et depuis trop peu de temps pour nous permettre d'en tirer des conclusions. Il serait intéressant et utile de savoir dans quelle mesure le but poursuivi a été atteint ; que deviendront, au point de vue fonctionnel, les pouces ainsi corrigés ?

Nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici le résultat de l'acte chirurgical que se propose de faire M. le professeur agrégé Etienne. Mais ce résultat sera ultérieurement publié par notre maître ; suivi avec méthode, on conçoit qu'il fournira des éléments importants pour la mise au point de ce chapitre du traitement des clinodactylies.

CONCLUSIONS

I. — La clinodactylie est une malformation essentiellement congénitale, souvent héréditaire et familiale.

II. — Comme telle, sa pathogénie est très obscure. La théorie la plus rationnelle nous paraît être la suivante : les déformations osseuses seraient consécutives à des troubles d'ossification survenant pendant la vie intra-utérine, troubles qui seraient eux-mêmes sous la dépendance d'une sorte de dégénérescence de l'élément nerveux.

III. — Au point de vue traitement : si la déviation n'entraîne pas une gêne fonctionnelle notable, ne pas intervenir. Dans le cas contraire, après essai de correction par les moyens non sanglants, pratiquer une intervention sanglante dont la modalité variera suivant le cas envisagé et le but poursuivi. Si l'ankylose est telle que tout procédé de réduction paraisse voué à un échec certain, on est autorisé à pratiquer, soit l'amputation, soit la désarticulation du doigt le plus lésé et le plus gênant.

BIBLIOGRAPHIE

- BOIX. — Déviation des doigts en coup de vent (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1897, p. 180).
- CHEVALLIER. — La brachymélie métapodiale congénitale et quelques autres malformations digitales (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1910, p. 233).
- CLERC et BOBBIE. — Malformation phalangienne des doigts et des orteils (Compte rendu à la Société de biologie, 1917, p. 123-126).
- CRÉPIN (H.) — La camptodactylie dans ses rapports avec la tuberculose (Thèse de Paris, 1908).
- DELBET. — De la clinodactylie (Journal des praticiens, 2 avril 1910).
- DESRSGEID-DELCOURT (Mme). — Journal médical de Bruxelles, 22 janvier 1903, p. 33.
- ESTOR. — Guide pratique de chirurgie infantile (Paris, Félix Alcan, édit., 1904, p. 76).
- FARABEE (William-Curtis). — Inheritance of digital malformations in man (Cambridge, Massachussets, 1905).
- FÉRÉ. — Note sur une anomalie des doigts, et en particulier du petit doigt dévié (Revue de chirurgie, 10 février 1906, p. 185).
- FÉRÉ-PAPIN. — Note sur quelques variétés de la direction du membre supérieur (Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1902, t. XXXIII, p. 107).
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale, t. I.
- GASNE. — Revue d'orthopédie, 1907, p. 298 ; 1910, p. 67.

- HÉRON (R.). — Les clinodactylies latérales congénitales (Thèse de Bordeaux, 1907).
- HORAND. — A propos de la camptodactylie (Gazette des hôpitaux, février 1908).
- JOACHIMSTHAL. — Die angeborenen Verbildungen der oberen Extræmiteten (Hambourg, Lucas Græfe und Sillem, 1900).
- KIRMISSON. — Syndactylie au point de vue pathogénique (Revue d'orthopédie, 1892, n° 4).
- Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale (Paris, Masson, édit., 1898, p. 456).
- LANDOUZY. — La camptodactylie, stigmatisme organique précoce de neuro-arthritisme (Presse médicale, 21 avril 1906).
- LEBOUCQ. — Recherches sur le développement des phalanges terminales des doigts chez l'homme et les mammifères (Gand, 1904, Van der Haeghen).
- MAUCLAIRE. — *In* Le Dentu et Delbet : Traité de chirurgie clinique et opératoire, t. X, p. 1002.
- MIRABEL. — Malformations des doigts (Thèse de Paris, 1843).
- NOVÉ-JOSSERAND. — Précis d'orthopédie (Paris, Doin, édit., 1905).
- PAULY. — Doigts en valgus (Revue de médecine, 1902, p. 1078).
- PHOCAS. — Difformités congénitales des doigts et pouce bifide (Annales de chirurgie et d'orthopédie, 1898, n° 2).
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire à forme scléreuse, scléro-tuberculeuse et diathèse fibreuse (Gazette des hôpitaux, juin 1908).
- POUVREAU. — La camptodactylie (Thèse de Bordeaux, 1909).
- SAUVAGE. — Recherches sur la pathogénie des déviations des orteils (Thèse de Paris, 1899).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 22 mai 1920.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 21 mai 1920.

Pour le Doyen :
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
